

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 54.

Travail du service hospitalier de gynécologie du D^r Albertin chirurgien de la Charité

DE LA LAPAROTOMIE

immédiate ou retardée

DANS LE TRAITEMENT

DES HÉMORRAGIES DE LA GROSSESSE TUBAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Décembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis-René GOSSWILLER

Elève de l'Ecole du Service de Santé militaire

Né le 4 mai 1885, à Verdun-sur-Meuse (Meuse).



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1910

DE LA LAPAROTOMIE

immédiate ou retardée

DANS LE TRAITEMENT

DES HÉMORRAGIES DE LA GROSSESSE TUBAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 54.

Travail du service hospitalier de gynécologie du D^r Albertin chirurgien de la Charité

DE LA LAPAROTOMIE

immédiate ou retardée

DANS LE TRAITEMENT

DES HÉMORRAGIES DE LA GROSSESSE TUBAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Décembre 1910

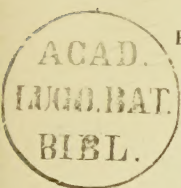
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis-René GOSSWILLER

Elève de l'Ecole du Service de Santé militaire

Né le 4 mai 1885, à Verdun-sur-Meuse (Meuse).



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale.	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.	CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie.	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.	BEAUVISAGE.
Physiologie.	GUIART.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire.	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.	COURMONT (P.)
Médecine légale.	PAVIOT.
Hygiène.	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LÉPINE.	LATARJET,	MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRETIN,	ARLOING (F.).
COMMANDEUR.	MARTIN (El.).	LERICHE.	GUILLEMARD.
GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VALLAS, *Président* ; FABRE, *Assesseur* ;
MM. Aug. POLLOSSON, *professeur* et PATEL, *Agrégé*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, LE COMMANDANT GOSSWILLER
Chevalier de la Légion d'honneur

ET A MA MÈRE

Je leur dois tout. Je les unis dans
un même sentiment de profonde
affection et d'infinie tendresse.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CHERS DISPARUS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLAS

Professeur adjoint à la Faculté de Médecine
Chirurgien-Major de l'Hôtel-Dieu.

Il nous fait aujourd'hui le très grand honneur de présider notre thèse. Nous le prions d'agréer nos plus respectueux remerciements.

A mon Maître,

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERTIN

Chirurgien de la Charité.

Il nous a inspiré le sujet de ce travail. Nous n'oublierons jamais l'amabilité avec laquelle il nous a toujours accueilli dans son service de la Charité. Nous lui adressons nos meilleurs remerciements et l'assurons de notre profonde reconnaissance.

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
ET DE
L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

AVANT-PROPOS

Au début de ce modeste travail, nous sommes heureux de pouvoir exprimer nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance à tous ceux qui ont contribué à notre instruction.

Nous nous adresserons tout d'abord à ceux qui ont bien voulu nous faciliter ce travail. M. le professeur agrégé Patel nous a toujours manifesté le plus grand intérêt et c'est lui qui, il y a un an, nous mit en relations avec M. le docteur Albertin. M. le professeur agrégé Laroyenne s'est toujours mis à notre entière disposition et ne nous a pas ménagé ses conseils. Nous n'oublierons pas non plus l'accueil aimable que nous a fait M. le docteur Desgouttes et nous lui sommes reconnaissant d'avoir bien voulu se charger de la mise au point de ce travail, dont le sujet lui tient à cœur.

A tous ceux qui, de près ou de loin, nous ont prêté leur aide et nous ont permis d'arriver sans encombre au terme de nos études médicales, nous adressons ici l'expression de notre inaltérable attachement et de notre dévouement le plus sincère.

Nous n'oublierons jamais les soins éclairés et la bienveillance extrême dont nous entoura, dans son service des contagieux, M. le médecin-major de 1^{re} classe Braun, au

cours d'une scarlatine contractée durant les premiers mois de notre vie d'école.

Que M. le médecin-major de 2^e classe Fischer reçoive ici l'assurance de notre respectueuse reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a témoigné au cours de notre année de service militaire passée dans les neiges de Modane.

De Lyon, où nous sommes arrivé, étranger, il y a sept ans, nous emportons un excellent souvenir, grâce à tous les amis que nous y sommes faits. Nous y aurons, il est vrai, vécu des heures pénibles, mais elles sont effacées par les joies des derniers moments et les espérances que nous y laissons !

INTRODUCTION

Exposé et délimitation du sujet.

Si l'on considère l'hémorragie de la grossesse tubaire comme une hémorragie banale, il est inutile de vouloir détrôner le principe de la chirurgie d'urgence, d'après lequel un vaisseau qui saigne doit être lié.

La ligature du vaisseau qui donne est, pour un chirurgien opérant dans un milieu convenable, une opération bénigne, mais lorsque l'opérateur n'est pas familiarisé avec l'emploi du bistouri, une laparotomie dirigée contre une grossesse tubaire est toujours une opération sérieuse; d'autant plus que, dans le cas que nous visons, il se trouve aux prises avec une quantité de sang le plus souvent importante et la ligature d'une trompe, dans le cas d'une hémorragie de grossesse tubaire, ne s'exécute pas aussi facilement que la ligature d'un vaisseau des membres. Souvent même, la ligature de la trompe n'est pas le terme de l'intervention et on est obligé, pour parer aux accidents, de faire l'ablation complète de la trompe qui saigne, ce qui augmente la difficulté. De plus, une laparotomie expose toujours à l'issue des viscères hors de l'abdomen, et ce phénomène qui, en un lieu propice,

n'a que la valeur d'un incident, présente, lorsque les circonstances sont défectueuses, la gravité d'un accident.

Ces considérations nous font voir combien sérieuse est une intervention pratiquée au milieu d'un véritable lac sanguin, comme dit Lejars, surtout dans les conditions défectueuses au sein desquelles se trouve le médecin appelé d'urgence aux côtés d'une malade qu'une hémorragie de grossesse tubaire rompue vient de frapper chez elle d'un shock considérable, et ce sont là les cas que l'on rencontre le plus souvent dans la pratique courante.

Ce sont, en effet, ces cas que nous voulons, avant tout, envisager; nous parlerons peu des inondations péritonéales que l'on voit plusieurs semaines ou plusieurs mois après leur apparition cataclysmique, se présenter sous la forme d'une hématoecèle enkystée; nous aurons surtout en vue l'accident hémorragique pris sur le vif, au moment même de sa production.

On a beaucoup écrit déjà sur cette question, mais elle est loin d'être résolue par tous de la même façon; les statistiques des divers auteurs sont contradictoires.

Les progrès de la chirurgie moderne, grâce à une asepsie parfaite, ont permis à certains chirurgiens de tenter dans ces cas des interventions plus précoces et plus nombreuses qu'auparavant, mais il est à remarquer que, dans bien des circonstances, malgré cette technique, on a eu à observer des accidents regrettables.

C'est cet ensemble de raisons qui nous a engagé dans l'étude de ce problème si intéressant. Après un court aperçu historique, nous rappellerons brièvement les diverses formes anatomo-cliniques des hémorragies de la grossesse tubaire; nous envisagerons ensuite les théories

des partisans de l'interventionnisme précoce auxquelles nous opposerons les idées qui servent la cause de l'interventionnisme retardé. Nous exposerons les raisons qui nous font nous rallier à la théorie des temporisateurs et nous terminerons par l'exposé de la conduite à tenir qui nous semble la plus rationnelle dans les hémorragies de la grossesse tubaire.

HISTORIQUE

La grossesse extra-utérine et les épanchements sanguins se formant au voisinage de l'utérus ne sont évidemment pas des notions introduites d'hier dans le domaine pathologique. Sabattier, Littré, Duverney, Albert de Brème, Bianchi avaient reconnu, dès 1860, en la grossesse tubaire la cause de la rupture de la trompe et de la mort par hémorragie. Avec eux, Veit, Wyder, Werth, Zedel, Orthmann, Pilliet ont montré comment se produisait l'hématome intra-tubaire, première phase d'arrêt de la grossesse extra-utérine et puis l'avortement ou la rupture de la paroi tubaire ou seconde phase, se manifestant par un écoulement de sang plus ou moins abondant dans le péritoine ou le tissu cellulaire sous-péritonéal. Peu à peu, fut soupçonné le rapport intime et direct, tel qu'il est conçu aujourd'hui, unissant la grossesse ectopique et les hémorragies intra-pelviennes.

L'histoire des hémorragies périutérines laisse voir les trois étapes qu'eut à parcourir la question, depuis son avènement jusqu'à nos jours. La première période ou *période d'observation*, va jusqu'à 1850; les faits restèrent rares et on n'a guère à relever que des trouvailles d'autopsie. Entre l'année 1850 et l'année 1886, se déroula la deuxième période, que l'on peut étiqueter *période cli-*

nique. A Nélaton revient alors l'honneur d'avoir donné de cette affection une description parfaite, surtout au point de vue anatomo-clinique. Mais le côté pathogénique ne ressortait pas nettement et suscita de nombreuses recherches. A la suite de la théorie de l'exhalation sanguine aiguë du péritoine émise par Tardieu, se fit jour l'opinion de Guérin qui, dans certains cas de dysménorrhée membraneuse, accusa la trompe de permettre le reflux du sang vers le péritoine. La rupture des kystes du corps jaune d'un ovaire malade succédait à leur apoplexie, ou encore celle des vaisseaux dilatés et friables qui sillonnent les fausses membranes d'une pelvi-péritonite, peuvent aussi donner naissance à l'hématocèle; mais il ne s'agit que d'un nombre restreint de cas et la pathogénie de l'hémorragie tubaire est, de nos jours, autrement comprise qu'elle ne le fut par Nélaton, Huguier, Bernutz, qui en reconnaissait huit variétés, et par un de nos maîtres, le professeur Poncet, qui consacra à l'étude de cette question sa thèse d'agrégation. A l'heure actuelle, la grossesse tubaire occupe, grâce à Lawson Tait, à Martin, à Vest, à Pozzi, la première place dans l'étiologie des hémorragies périutérines. Presque toujours (dans les neuf dixièmes des cas) ces hémorragies sont dues à la rupture d'un kyste fortal de grossesse tubaire, rupture qui se produit d'ordinaire à la fin du premier ou du deuxième mois et dont on peut retrouver les traces par l'examen des pièces.

Dans la période contemporaine, que l'on peut nommer *thérapeutique*, la question se présente sous un nouveau jour; c'est en 1886 que parut le livre de Lawson Tait (*Lect. on ectopic pregnancy, and pelvic hæmatocoele*). Aussi,

fixons-nous à cette date le début de cette troisième période. Ce n'est qu'avec Lawson Tait, en effet, que prit corps cette phase thérapeutique: la thèse de Cestan vint confirmer, en 1894, les vues de ce premier auteur. Jusque-là, les faits et les statistiques ne permettaient qu'une conclusion : l'opération immédiate dans les hémorragies provenant de rupture tubaire.

En 1895, M. le professeur agrégé Condamin, après une étude approfondie de la question, entreprise dans le service de M. le professeur Laroyenne, fit part des idées de son maître. Il montra la contre-indication, au cours de la période cataclysmique, de l'intervention opératoire et l'utilité qu'il y a à attendre que le foyer sanguin soit bien enkysté et que l'état général soit remonté. L'intervention par voie vaginale, de l'avis de cet auteur, est seule indiquée.

Les deux théories divergentes que nous venons d'exposer ont eu tour à tour, depuis cette époque, leurs partisans et leurs adversaires. A la suite de Segond, qui, par son rapport au Congrès de gynécologie de Marseille, en 1898, se range dans le camp des interventionnistes précoces, viennent Pozzi, Pinard, Lejars, Ribemont-Dessaignes, Delassus, Delaunay, Duret, Vidal, Ladinski, Pichevin, Heineck, Queirel, Doléris, de Bovis, pour ne citer que les principaux. En faveur de l'idée adverse, qui ne veut toucher à l'hémorragie que quelque temps après sa production, nous pouvons citer Robb et Simpson, en Amérique; Engström, en Finlande; Zuntz, Gossmann, Amann, en Allemagne; Kouwer, en Hollande; Albertin, en France.

Dans les chapitres qui vont suivre, nous allons donc

essayer de résoudre le problème. Doit-on opérer immédiatement ou attendre quelque temps avant d'intervenir, dans le cas d'une hémorragie provenant de la rupture d'une grossesse tubaire ? Nous envisagerons les principales solutions.

FORMES ANATOMIQUES ET CLINIQUES DE LA GROSSESSE TUBAIRE

Avant d'exposer, dans les deux chapitres qui suivent, les théories de l'interventionnisme précoce et de l'interventionnisme retardé, nous nous proposons de faire un essai de classification des diverses formes des hémorragies de la grossesse tubaire.

Au cours des laparotomies auxquelles donnent lieu les accidents des premiers mois de la grossesse tubaire, on rencontre, d'après Muret, deux ordres de faits bien différents. Tantôt on a affaire à un épanchement considérable de sang répandu librement dans tout l'abdomen et surtout dans le pelvis; tantôt on se trouve en présence d'une tumeur sanguine enkystée, d'une hématocele plus ou moins volumineuse qui a pour siège le petit bassin. Ces conditions anatomiques différentes se manifestent chacune par un syndrome clinique bien différent; c'est, d'une part, la scène cataclysmique, l'anémie aiguë et soudaine avec toute sa gravité; c'est la femme qui saigne dans son abdomen et dont l'état va s'aggravant; l'intervention immédiate trouve ici son indication la plus nette. D'autre part, c'est un accès de faiblesse beaucoup moins violent, mais cependant assez prononcé; c'est un accès, ou plutôt une série d'accès qui, au lieu de s'aggraver, s'amé-

liorent d'ordinaire rapidement. Souvent le médecin n'est même pas appelé au cours de l'accès, mais plus tard, et l'anémie a le temps de s'aggraver petit à petit, si les accès se renouvellent.

A ces deux grandes classes de symptômes correspondent, pour Muret, au point de vue étiologique, deux classes de phénomènes pathologiques : d'un côté, la rupture de la trompe gravide qui entraîne une hémorragie intrapéritonéale libre; de l'autre, c'est l'avortement tubaire, l'orifice abdominal béant de la trompe intacte laissant passer dans l'abdomen l'œuf en totalité ou en partie, avec l'épanchement occasionné par son décollement et qui va former l'hématocèle. Muret dit que cette correspondance entre les signes cliniques et l'état anatomique n'existe que *grosso modo*, car, de même que la rupture d'un utérus gravide peut, par exception, ne s'accompagner que de symptômes faibles, de même la rupture de la trompe gravide peut n'atteindre que des vaisseaux peu importants et permettant une hémostase spontanée et facile. Et, ajoute Muret, de même que l'avortement utérin peut entraîner des hémorragies importantes, de même l'avortement tubaire peut faire naître une anémie aiguë assez grave, surtout s'il se produit d'une façon incomplète.

Cette classification de Muret est évidemment bien séduisante, mais elle est par trop simple, car elle laisse dans l'ombre toute une série de formes de rupture de la trompe gravide.

Au Congrès de Marseille de 1898, M. Segond étudia les complications de la grossesse extra-utérine et il divisa son étude en deux parties.

Il envisagea tout d'abord les accidents qui peuvent sur-

venir dans l'évolution de la grossesse tubaire, âgée de moins de cinq mois et il eut surtout en vue les complications hémorragiques. Elles vont de l'hémato-salpinx à l'inondation péritonéale, en passant par les deux autres termes de la série qui sont l'hématocèle enkystée et l'hématocèle à poussées hémorragiques successives.

En ce qui concerne les grossesses extra-utérines âgées de plus de cinq mois, on peut se trouver aux prises avec une de ces deux formes d'hémorragies : inondation péritonéale ou bien hémorragies lentes et successives. M. Segond ajoute, comme autres complications, la péritonite et la mort de l'œuf, mais nous ne nous y arrêterons pas.

La classification des grossesses tubaires, observées avant ou après cinq mois doit-elle être conservée? Nous ne l'estimons pas; car, au point de vue opératoire, elle expose à des accidents fâcheux. Une grossesse tubaire, si-tôt diagnostiquée, doit être l'objet d'une intervention, quel que soit son âge. Une pareille affection constitue un danger permanent et il est inutile de prolonger les risques courus par la mère pour obtenir un enfant chétif, malingre et plus ou moins viable. On est trop à la merci d'un accident grave pour abandonner les choses à leur évolution naturelle.

Avant d'exposer la classification des diverses formes anatomiques et cliniques, que nous adoptons, pour les hémorragies de la grossesse tubaire, nous devons reconnaître que si l'examen des faits nous oblige à séparer et à décrire à part des types cliniques, il ne faut pas oublier que malgré tout, ces types anatomo-cliniques n'expriment qu'un degré de plus ou de moins dans l'évolution de la grossesse tubaire. Les désordres anatomiques reconnais-

sent pour cause le développement atypique de l'œuf dans la trompe et les formes cliniques sont créées par les incidents de l'évolution de cet œuf anormalement implanté.

Les constatations qu'ont permises les interventions pratiquées par M. le docteur Albertin, à la Charité, l'ont conduit à superposer d'une façon complète les types cliniques aux types anatomiques et obligent à ne pas séparer l'étude anatomique de l'étude clinique.

Nous laisserons de côté les deux formes de grossesses tubaires avec trompe libre, non fissurée, présentant ou non une hémorragie intra-tubaire. Nous ne nous occuperons que des grossesses tubaires avec lésions s'étageant depuis la simple fissuration sous-péritonéale jusqu'à la rupture complète.

I. *Grossesse tubaire avec trompe close en voie de fissuration sous-péritonéale, forme salpingite aiguë.* — Dans cette forme, les signes de réaction péritonéale sont légers. Les douleurs sont continues, avec paroxysmes variables. Quelquefois les vomissements n'ont aucun caractère spécial, ils expriment simplement l'atteinte du péritoine.

La température, habituellement élevée, n'a pas une courbe en plateau; la fièvre, comme la douleur, est intermittente; l'absence de pertes est fréquente.

A l'examen de l'abdomen, on le trouve ballonné, douloureux au palper; il offre une contracture de défense.

Le toucher vaginal dévoile la douleur; on sent un utérus un peu gros, difficile à délimiter, à cause d'une tumeur rénitante qui siège sur un de ses côtés, fixée par des adhérences aux parois pelviennes et aux organes avoisinants, ne donnant pas de sensation de chaleur au doigt.

Dans certains cas, le tableau clinique ressemble à celui de l'*appendicite*; dans cette affection cependant, la douleur et la fièvre témoignent d'un *shock* péritonéal plus violent; on y observe la langue saburrale des affections intestinales. Le *plastron* se trouve plus haut situé et plus à droite; le toucher révèle une collection chaude.

Lorsque la fièvre est apparue, le diagnostic est difficile entre un kyste de l'ovaire tordu et une trompe gravide fissurée. Si l'on a affaire à un kyste, la présence d'une tumeur apparue depuis déjà un certain temps, l'absence de signes réflexes seront notées.

Dans certains cas, on peut trouver, au début de la fissuration, les pertes caractéristiques brun chocolat, foncées, sans caillots, qui orientent souvent vers le diagnostic de grossesse tubaire.

Les interventions partiquées à cette période de l'évolution de la grossesse tubaire ont montré l'importance que prend, dans cette forme, la réaction péritonéale. L'épiploon est appliqué sur les annexes et sur l'utérus; la fissuration de la trompe a retenti aussi sur le petit et le gros intestin; des adhérences se forment pour parer aux accidents de rupture et d'inondation. C'est cette activité péritonéale qui fait s'élever la température, de concert avec la résorption légère qu'on peut observer lorsqu'il s'est produit un épanchement sanguin, du reste peu abondant.

La trompe, rouge, violacée, distendue, de consistance inégale, est enfouie profondément dans la masse des adhérences; sa paroi présente des points amincis, où, seul, le délicat feuillet péritonéal résiste encore; c'est au moment où sa faible résistance sera vaincue que le tableau clinique se transformera brusquement et complètement.

II. *Rupture tubaire avec hémorragie à répétition et enkystement. Hématocèle.* — Nous arrivons à une forme de beaucoup la plus fréquente et qui nous intéresse entre toutes. L'apparition de symptômes inquiétants pousse les malades vers l'hôpital.

Ces symptômes sont caractéristiques et consistent en de petits ictus abdominaux répétés, suivis de périodes de calme, laissant à leur suite des signes de réplétion du Douglas, devenant plus nets avec la répétition des crises.

Ces ictus revêtent l'aspect soit de lipothymies, soit de syncopes vraies, attribuables à la douleur et aux pertes sanguines; leur début est brusque.

On observe des vomissements, un pouls rapide et une température élevée, au moment où commence la résorption.

Le toucher vaginal, pratiqué au moment de la crise, est négatif; ce n'est que lorsque les caillots sont formés qu'on trouve une collection dans le Douglas.

L'échelle de gravité des ictus est étendue; au bout de plusieurs fois, on constate une hématocèle de gros volume.

Le diagnostic de cette variété est facile. Deux symptômes en constituent la base : *un retard de règles et des signes réflexes.*

Les lésions que l'on trouve au cours de la laparotomie justifient les faits cliniques. L'épiploon et l'intestin, rouges, adhérents, surplombent un amas volumineux de caillots, plus ou moins organisés, suivant leur âge; on retrouve parfois, sur la trompe, des traces de rupture avec un œuf reconnaissable, sorti en partie de la trompe, mais

le plus souvent on reconnaît mal tous ces éléments au milieu des strates fibrineuses qui tapissent le tout.

Quelque temps après le début des accidents, on trouve des tumeurs séro-hématiques ou hématiques superposées, d'âge différent. Dans une première poche, on trouvera du sérum hématique et un caillot, avec une membrane mince; dans une seconde, des caillots et du sang noir; enfin, tout à côté de la trompe, des caillots et du sang rouge, provenant de la dernière hémorragie; c'est en quelque sorte l'homologue des infarctus, récents ou anciens, que l'on découvre dans les organes.

III. *Inondation péritonéale.* — Nous arrivons enfin à la forme très classique, à cet accident soudainement tragique qui dévoile une grossesse tubaire méconnue. C'est une exagération de la forme précédente. Les symptômes fonctionnels sont les mêmes, mais plus accusés dans ce cas (syncope, faiblesse du pouls, signes graves d'hémorragie interne). Le toucher vaginal est négatif au moment de la crise; ce n'est que plus tard qu'apparaît l'épanchement.

Avec l'anamnèse de la malade on peut facilement arriver au diagnostic exact.

De même que les symptômes, les constatations anatomiques sont identiques à celles faites dans la forme précédente, seulement nous observons ici le sang non encore coagulé et les adhérences complètement absentes, si la rupture s'est faite d'une façon précoce et en un temps; on trouvera, au contraire, des adhérences beaucoup plus étendues et plus résistantes, si cette rupture a frappé une trompe fissurée depuis quelque temps, chez une femme ayant déjà ressenti plusieurs poussées douloureuses.

Maintenant que nous connaissons les trois grandes variétés d'hémorragies de la grossesse tubaire, nous nous proposons, dans les deux chapitres qui suivent, d'exposer les idées thérapeutiques qui sont nées de l'étude anatomo-clinique et nous en déduirons la conduite à tenir qui nous semble la plus rationnelle.

L'INTERVENTIONNISME PRÉCOCE

« Pour combattre une hémorragie chirurgicale, dit Lawson Tait, il faut inciser et lier le vaisseau qui donne. Si une grosse branche de l'artère fémorale était lésée, ceux de mes collègues qui s'occupent de chirurgie n'hésiteraient pas à intervenir et ils lieraient le vaisseau. Pourquoi le ligament de Poupert devrait-il être la ligne de démarcation que ne doivent pas franchir les grands principes de la chirurgie moderne ? » La plupart des auteurs, Hollstein, Wathen, Veit, Pozzi, sont tous partisans de l'intervention immédiate et ils recommandent la laparotomie.

Pour ces derniers, il est des cas, peu nombreux, il est vrai, mais qui n'en existent pas moins, où l'hémorragie a entraîné la mort de la malade. On doit admettre au moins le chiffre de 5 p. 100. En ce qui concerne les 95 p. 100 qui restent, il est admis qu'elles peuvent spontanément voir disparaître leur shock. Ce que nous donnons là est une moyenne; au dernier Congrès américain de gynécologie, M. Vineberg cite 6 cas sur 81, où l'hémorragie aurait pu entraîner la mort si l'intervention eût été différée. M. Frederick en compte 6 sur 125; M. Lapthorn

Smith, 2 sur 41. Sur une série de 21 cas, M. Klein vit succomber 3 malades sur la table d'opération. Certains opérateurs très interventionnistes nous offrent des moyennes encore plus instructives et servant encore mieux la cause de l'interventionnisme précoce. M. Döderlein a eu 4 morts sur 111 cas; M. Kummel, 4 sur 78; M. Eberlin, 1 sur 60; ce qui nous donne 3,6 p. 100, 5,1 p. 100 et 1,6 p. 100.

Si nous nous reportons plus loin en avant, voici quel serait le résultat de l'expectation d'après les auteurs : 67,2 p. 100 est la moyenne obtenue par Parry; les chiffres de Schauta et Martin sont un peu différents, 68,8 et 63,1 p. 100. La mortalité obtenue par Cestan est encore plus élevée; sur 86 cas traités par expectation, la mort survint 73 fois, ce qui donne 85,8 p. 100.

Ces chiffres témoignent donc de la gravité de l'accident, en faisant voir la prédominance des cas mortels sur ceux à terminaison heureuse. Il est facile de comprendre après cela avec quel enthousiasme fut accueillie la thèse de l'interventionnisme précoce. Lawson Tait enregistra, sur 42 interventions, 40 succès, ce qui donne 95 p. 100 de guérison. Sur 18 laparotomies, Vasten eut à regretter 2 morts, soit 88 p. 100. Rochet et de Strauch, l'un sur 5 opérations, l'autre sur 6, obtinrent un nombre égal de succès. Cestan, dans sa thèse, en examinant les observations provenant de nombreux chirurgiens, a relevé 84,7 p. 100 de guérisons pour les cas opérés d'urgence.

Selon l'avis de Lawson Tait, l'intervention d'urgence s'impose. « Lorsque je trouve ma malade en danger de mort, dit-il, dans des conditions où l'abdomen ne me semble pas renfermer de tumeur maligne, mais où le diag-

nostic ferme est impossible, j'ouvre l'abdomen et fais à la fois le diagnostic certain et le traitement convenable ». C'est donc sur une observation minutieuse des symptômes et de leur marche qu'il faut se baser pour intervenir. Quand la grossesse tubaire se rompt sans prodromes, elle plonge d'ordinaire la patiente dans un collapsus profond. A quelle cause rattacher ce shock ? Il est probable qu'ici le terme de shock est synonyme d'hémorragie. La preuve en est fournie, d'ailleurs, par ce fait, que le sérum artificiel est le remède le plus puissant qui arrive à ranimer la malade. Si donc, le shock est l'expression de l'hémorragie, attendre qu'il disparaisse, c'est aller en droite ligne vers le terme fatal, dont chaque minute de retard rapproche la patiente.

Grâce au degré de perfection auquel s'est élevée de nos jours la chirurgie abdominale, on ne doit pas hésiter un seul instant à laparotomiser une malade dont la vie semble menacée. Encore bien plus pressante se fait cette indication lorsqu'on se trouve en présence d'un cas à crises successives, en présence de ces « hémorragies à poussées », comme le dit si bien Segond. En admettant que dans un cas de ce genre, le shock, grâce à l'expectation, vienne à s'amender, qui sait ce que réserve l'avenir ? Qui prouve qu'une nouvelle poussée hémorragique ne viendra pas emporter cette malade une première fois épargnée ? C'est l'incertitude même de la triste réalisation de ce fait qui dicte au chirurgien sa conduite et lui fait abandonner l'expectation pour l'intervention. Il est préférable d'opérer un cas qui, seul, eût guéri plutôt que d'assister à la mort d'une malade.

Attendre, disent les interventionnistes, est la pire des

méthodes et c'est être prudent que d'intervenir rapidement.

Au cours du deuxième Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie qui se tint à Marseille du 8 au 15 octobre 1898, M. Segond, rapporteur, envisagea la question du traitement des grossesses extra-utérines, en s'appliquant surtout à l'étude des complications hémorragiques. D'après cet auteur, les hémorragies proprement dites (inondation péritonéale) constituent une complication des plus graves, prenant naissance entre la huitième et la douzième semaine; c'est par litres alors que le sang se répand dans l'abdomen. Il suffit, d'après le rapport de Segond, de se reporter à la statistique de Cestlan, que nous citons plus haut, pour se rendre compte de la nécessité de l'intervention. L'expectation fournit environ 86 p. 100 de mortalité et l'intervention 85 p. 100 de guérisons. Il en résulte que le parti le plus sage est de se rallier aux conseils donnés par Harbert, en 1849, à la formule de Keller en 1872 et à la pratique de Lawson Tait depuis 1886. On doit admettre pleinement le principe qui indique formellement la laparotomie, immédiate quand on le peut, et, en tout cas, aussi précoce que possible.

De l'avis du docteur Aimé-Paul Heineck, de Chicago, le danger des hémorragies de la grossesse tubaire est plutôt déterminé par leur durée, leur répétition et leur abondance que par leur origine. Au point de vue du traitement, il ajoute que la grossesse extra-utérine, de même que l'appendicite, ne relève que du traitement chirurgical. Dans cette maladie, comme dans l'appendicite, le traitement qui amène des guérisons cliniques comme des guérisons anatomiques est le seul traitement chirurgical.

En l'absence de symptômes urgents, c'est une opération de nécessité qu'il faut entreprendre, mais, dans le cas d'une rupture soudaine, que, le plus souvent, complique une hémorragie, il est urgent d'intervenir.

M. Pichevin signala, au Congrès de gynécologie d'Alger, en 1907, l'extrême fréquence des cas de grossesse tubaire que l'on a à opérer d'urgence. Dans la rupture cataclysmique, avec température de 36°, pouls petit, il faut, sans hésiter, intervenir rapidement et immédiatement. Même dans les cas où la vie de la malade courrait peu de dangers, la même conduite s'impose. M. Boursier, de Bordeaux, se range à cet avis.

Il nous faut citer aussi l'opinion de M. Ladinski. Pour résoudre cette poignante question de thérapeutique, dit-il, il ne faut pas faire trop de fond sur les comparaisons statistiques, car, dans celles qui se réfèrent aux opérations tardives, on ne sait jamais quelles étaient les lésions au moment de l'ictus. M. Ladinski a vu des malades traitées tardivement qui n'auraient pas succombé si l'on était intervenu précocement. Ceux qui veulent différer l'intervention s'en rapportent à leur appréciation pronostique, mais elle ne repose sur aucune base positive, attendu que la gravité d'une hémorragie est sous la dépendance d'une foule de facteurs et surtout de la résistance individuelle. Comment s'assurer aussi de la non-reproduction d'une hémorragie ? M. Ladinski a remarqué que la durée et la répétition d'un écoulement sanguin avaient plus d'importance au point de vue shock que la quantité de sang qui peut s'échapper en une seule fois : ce qui revient à dire que des patientes opérées précocement après des hémorragies profuses réagissent beau-

coup mieux et plus vite que celles qui ont perdu peu de sang, mais d'une façon très lente. Attendre, c'est donc laisser la malade s'user et pour sa part M. Ladinski n'a perdu aucune malade opérée en plein shock.

Au Congrès de chirurgie de Paris, en 1908, M. le professeur Pozzi se fit le défenseur résolu de l'intervention précoce. Il croit dangereuse l'expectation, au cas d'une grande inondation péritonéale, l'hémorragie pouvant être mortelle. Au premier signe de rupture, la laparotomie s'impose donc. Presque toujours on a affaire à de grandes hémorragies en péritoine libre; l'hémostase est en général facile; l'opération est brève et « non shockante » et peut se faire sans aides exercés.

Après avoir relevé les statistiques et en avoir déduit les enseignements qu'elles semblent imposer, nous avons exposé la théorie de l'interventionnisme précoce et les opinions de ses principaux défenseurs. Nous allons terminer en citant l'opinion de M. Lejars, qui résume toute cette question : « L'hémorragie cataclysmique ne saurait guère prêter à discussion, au moins dans sa forme brutale et terrifiante... Il faut toujours opérer et s'il n'est jamais trop tôt d'intervenir dans les ruptures cataclysmiques, on peut presque dire qu'il n'est jamais trop tard. Que la mort soit fatale et inévitable après certaines hémorragies tubaires, on ne saurait le nier; en pratique si la décision est vite prise et que l'on concentre tous ses efforts à la réaliser le plus tôt possible, on arrive le plus souvent « à temps » et des faits aujourd'hui très nombreux sont là pour le démontrer; la laparotomie d'urgence donne 84,7 p. 100 de guérisons; l'expectation 85,8 p. 100 de morts. De pareils chiffres nous paraissent sans

réplique et l'on fera bien de ne pas s'arrêter devant l'aspect menaçant à bref délai de la maladie, de passer outre et de tenter hardiment la dernière ressource; ce sera le plus souvent et dans les conditions les plus désespérées en apparence, le salut et la vie ! »

L'INTERVENTIONNISME RETARDÉ

En 1907, deux gynécologistes américains, M. Robb et M. Simpson, s'élevèrent contre l'absolutisme de la formule qui exige que l'on opère tout de suite, même en plein shock. Ils s'opposèrent absolument à cette idée, se faisant les apôtres de l'intervention retardée en toutes circonstances et surtout en cas de shock. C'est à la surprise causée par cette thèse réactionnaire que nous devons les intéressants débats qui ont marqué le dernier Congrès américain de gynécologie.

Nous avons fait voir, dans notre chapitre d'historique, que cette opinion avait de qui tenir et nous avons cité nombre de chirurgiens, même à l'heure présente, qui s'inscrivent contre toute intervention pendant la phase de shock ou de collapsus qu'entraînent à leur suite les inondations péritonéales.

Pour justifier son opinion, M. Robb se basait sur les arguments suivants : Quand un sac fœtal vient à se rompre, l'hémorragie s'arrête d'elle-même et ne se reproduit pas en l'absence de l'intervention de tout agent extérieur. Ce qui prouve cet arrêt spontané, c'est qu'au cours des interventions, on n'aperçoit pas de vaisseaux qui saignent; si on voit sourdre un peu de sang au niveau de

la déchirure tubaire, ce fait est dû à la tension intérieure du sac fœtal ou aux manipulations de son contenu. Jamais on n'a vu de vaisseaux, comme l'utérine ou l'utéro-ovarienne, être le siège de déchirures. Faire une laparotomie pour aller lier un vaisseau qui ne saigne pas, c'est créer des difficultés pour les surmonter. De plus, si l'on écoute les enseignements de la physiologie, on en conclut qu'une femme de poids moyen peut, sans danger de mort, perdre jusqu'à 1.650 grammes de sang; or, on n'a jamais rencontré dans le péritoine une masse de sang avoisinant ce chiffre. L'expérimentation a enfin montré que chez une chienne on peut déchirer l'utérus, sectionner les artères utérines ou utéro-ovariennes sans qu'il en résulte autre chose qu'un shock plus ou moins intense.

En présence de ces faits, M. Robb concluait que l'opération primitive, dont le but est l'arrêt de l'hémorragie, est non seulement inutile, mais est une source de dangers, puisqu'elle double le shock dû à l'inondation péritoneale de celui de l'intervention.

Dans la suite, il fit appel à un argument clinique : sur 1.176 interventions, il releva 8 p. 100 de décès, alors que l'affection abandonnée à elle-même donnait une mortalité de 5 p. 100.

M. Simpson adopta la thèse de M. Robb en consolidant sa base grâce à de nouveaux arguments, Sur 100 cas de sa pratique personnelle, il n'a jamais vu de femmes saignées à mort. Du reste, les hémorragies des viscères sont mortelles non pas par elles-mêmes, mais uniquement du fait de leur répétition, due aux mouvements subis par le vaisseau ulcéré. Or, si l'on excepte les cas d'exploration ou les mouvements intempestifs, le caillot qui oblitère

l'ulcération vasculaire doit réaliser à lui seul une hémostasie définitive.

D'après des recherches récentes, M. Simpson a fait remarquer que lorsque l'opération est pratiquée avant les vingt-quatre premières heures, la mortalité s'élève à 34,6 p. 100, et quand on recule davantage ce délai, elle atteint seulement 29,1 p. 100. MM. Robb et Stillwager sont venus s'unir à lui pour attester que sur 27 malades opérées d'après les principes énoncés plus haut, ils n'avaient eu aucune mort à déplorer.

Le professeur Hector Treub, d'Amsterdam, dans un rapport publié à la suite de la session annuelle de la Société américaine de gynécologie, cita une seconde statistique du docteur Simpson: sur 575 cas de rupture du sac extra-utérin rassemblés dans la littérature des cinq dernières années, il trouva 115 opérations dans les vingt-quatre heures après la rupture, avec 22,5 p. 100 de mortalité, et 461 cas opérés après les premières vingt-quatre heures, avec 6,7 p. 100 de mortalité. Le professeur H. Treub a, depuis longtemps, abandonné l'opération immédiate et, pour contrôler son impression et ses résultats par ceux des médecins exerçant dans des conditions analogues aux siennes, il pria son assistante, M^{lle} van Kesteren, de faire, en 1900, une enquête après des médecins hollandais. Sur 331 cas, elle releva une mortalité totale de 12,6 p. 100. 30 femmes moururent rapidement après la rupture ou une répétition de l'hémorragie: sur ces 30, 23 ne furent pas opérées, 10 d'entre elles moururent moins de deux heures après la rupture et il n'y eut que 5 cas où la mort survint après vingt-quatre heures; la mort fut due à une nouvelle hémorragie.

On peut penser que les 10 femmes dont il vient d'être question n'auraient pu être sauvées qu'exceptionnellement. En les laissant de côté, il ne reste de la statistique de M^{lle} van Kesteren que 170 cas graves. 29 fois, la femme fut opérée rapidement, c'est-à-dire quarante-huit heures au plus après l'accident, 9 moururent, ce qui donne 31 p. 100 de mortalité; 141 fois, l'opération ne fut pas pratiquée si tôt, la mortalité s'éleva seulement à 9,25 p. 100. Parmi les 29 cas qui viennent d'être cités, 2 fois seulement l'opération fut exécutée dans les vingt-quatre heures après la rupture. Tenant compte de ce fait que la mort n'arrive que rarement après les vingt-quatre premières heures, ajoute le professeur H. Treub, on doit donner raison à M^{lle} van Kesteren qui dit que dans quelques cas de sa statistique l'opération rapide doit avoir causé la mort de l'opérée.

Il nous faut citer maintenant les résultats de l'expérience personnelle du professeur d'Amsterdam. Dans les dernières douze années, il put recueillir 151 observations; sur ces 151 cas, il eut une mortalité de 2,6 p. 100. Voici les conclusions qu'il tire de ces faits : « D'abord, il ne faut pas trop se hâter de faire le diagnostic d'inondation péritonéale... Comment la reconnaître ? L'hématocèle ne se forme que petit à petit; l'inondation péritonéale et l'hématocèle ne sont pas des types opposés de maladies, mais l'une est la suite de l'autre. L'inondation péritonéale, à tout prendre, n'est qu'un mot et un mot à double usage. C'est un épouvantail pour ceux qui ne sont pas des chirurgiens et une excuse pour les opérateurs. Les excuses sont faites pour s'en servir, je le sais bien. Que les chirurgiens continuent donc à dire qu'ils ont sauvé la vie à

tant de femmes par des opérations pour inondation péritonéale. Seulement il faut qu'ils sachent bien que ce n'est pas la vérité, mais rien qu'une excuse pour les cas malheureux et pour les mutilations qui auraient pu être évitées.

« La vérité est que, si la rupture du sac extra-utérin n'amène pas la mort subitement, elle ne l'amène que par exception. Les cas exceptionnels dans lesquels ce danger existe sont ceux où les symptômes alarmants augmentent pendant plusieurs heures, nonobstant le traitement approprié, et ceux dans lesquels l'hémorragie se répète d'une manière sérieuse. Ce sont ces cas et ce ne sont que ces cas, répétons-le, qui justifient l'opération primaire et rapide... On continuera ce traitement (traitement médical et symptomatique) pendant quatre à cinq semaines, à moins que les signes de suppuration de l'hématocèle n'indiquent plus tôt l'opération secondaire. Quand la résorption du sang extravasé est en bonne voie, on continue ce traitement jusqu'à la guérison complète. La résorption traîne-t-elle trop en longueur ? on pourra faire, après cinq ou six semaines, la colpotomie, qui est d'une simplicité extrême et sans aucun danger. Je sais parfaitement bien que ce qui précède va à l'encontre des idées généralement admises; mais tout de même je maintiens que ma manière de faire est plus profitable aux malades. »

Quelques mois auparavant, à la fin de l'année 1906, M. Hörrmann publia, à la Société de gynécologie de Munich, les résultats obtenus tant dans le service hospitalier que dans la clientèle privée du professeur Amann. Dans le cas de rupture tubaire, dit-il, il faut distinguer,

suivant qu'on a affaire à une inondation péritonéale ou à une hématocele rétro-utérine. Dans le cas d'inondation péritonéale, il ne faut pas intervenir de suite, en plein shock, mais attendre que les fonctions du cœur soient relevées par les moyens habituels. On n'intervient que lorsque ce premier résultat est obtenu. Sur 35 cas d'inondation péritonéale opérés ainsi, M. Amann n'a eu qu'un cas de mort, c'est-à-dire 2,85 p. 100, tandis que les statistiques des autres chirurgiens montent à 6 et 15 p. 100. En ce qui concerne l'hématocele, l'expectation avec opération ultérieure est aussi une bonne conduite à tenir.

En 1907, à la Société médico-chirurgicale, M. Pichevin formula son opinion sur la question qui nous occupe. Pour lui, c'est de six à trois mois après le début de la grossesse extra-utérine que se produit la rupture, plus souvent vers le deuxième ou troisième mois. Dans les cas typiques, cataclysmiques, quand le facies révèle à lui seul l'hémorragie interne, quand le pouls est petit, fréquent, quand la température tombe à 36°, le diagnostic est certainement facile. Dans ces cas, la laparotomie d'emblée n'est pas sa pratique courante. Quand la rupture remonte à douze, vingt-quatre, voire même trente-six heures et au delà, sa conviction est que l'hémorragie s'est arrêtée et que la vie de la malade n'est pas immédiatement menacée; alors il attend, mais seulement à condition que la malade se trouve à l'hôpital, sous une rigoureuse surveillance et à la portée de la main armée du bistouri.

Au Congrès de chirurgie de Paris, de 1908, M. Albertin rapporta 60 cas de grossesse extra-utérine où il intervint personnellement, durant un espace de cinq années. A propos de ces cas, M. Albertin insista sur l'interpréta-

tion des phénomènes de shock qui accompagnent la rupture cataclysmique de la trompe gravide. Chez certaines malades, l'hémorragie était peu abondante, la réaction réflexe du péritoine était énorme. Dans ces cas, M. Albertin se pose cette question : faut-il intervenir d'urgence et d'emblée ? De la conduite de cet auteur et des résultats satisfaisants qui en sont découlés, la conclusion évidente est l'inopportunité d'une intervention en plein shock cataclysmique. Aux interventionnistes qui disent avoir sauvé des malades d'une mort certaine, il répond que, l'expectation n'ayant jamais été leur pratique, ils ne peuvent apprécier les résultats qu'elle donne.

Dans un grand nombre de cas, les phénomènes inquiétants s'atténuent d'une façon très sensible et, dans les jours qui suivent, l'intervention pratiquée sur des malades dont l'état général s'est en quelque sorte ressaisi, ne permet pas de redouter les suites de l'opération. Ce n'est pas là une règle absolue, mais qui, cependant, paraît bonne dans la majorité des cas, selon l'opinion ancienne de M. le professeur Laroyenne. Pour lui, l'intervention opératoire est contre-indiquée pendant la période cataclysmique; il faut attendre que le foyer sanguin se soit bien enkysté et que l'état général de la malade, forcément très anémiée, se soit remonté.

Un de nos maîtres, M. le professeur agrégé Villard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, a rapporté une observation intéressante et qui vient admirablement à l'appui des idées de M. le docteur Albertin.

« Appelé dans les environs de Lyon, auprès d'une malade qui, après un retard de règles de quelques semaines, avait été prise brusquement de douleurs violentes avec

syncope, il trouvait une femme paraissant exsangue, avec pouls non perceptible. Le diagnostic s'imposait, mais la conduite à tenir était délicate, étant donnée la difficulté d'une intervention dans un milieu de fortune et cette intervention paraissait devoir se terminer par une issue fatale sur la table même. Pour toutes ces raisons, M. Villard s'abstint et partit convaincu de la mort prochaine de la malade.

« Trois semaines après, la malade se présentait à son cabinet, dans un état de santé normale. »

Nous ne pouvons terminer cet exposé de l'interventionnisme retardé, sans faire allusion à l'article de M. J.-A. Doléris, paru en novembre 1909, dans *La Gynécologie*. L'auteur cite un cas où, de son propre aveu, il s'est mis personnellement en contradiction avec le principe toujours suivi par lui, qui veut que, sitôt les signes d'une hémorragie interne grave reconnus, on fasse, sans différer, une laparotomie. Au dernier Congrès de la Société obstétricale de France, il avait soutenu l'intervention immédiate dans l'hémorragie cataclysmique ou inondation péritonéale de la grossesse tubaire. Cependant, dans le cas rapporté par lui, l'intervention immédiate lui est apparue comme un expédient dangereux et plus redoutable que l'expectation. Les symptômes et les signes matériels montraient bien qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine rompue, avec inondation péritonéale certaine, chez une malade qui, à plusieurs reprises, avait déjà saigné dans son abdomen et dont le sang épanché se trouvait enkysté dans le Douglas.

A priori, l'indication d'une laparotomie d'urgence semblait nette; elle fut longuement et diversement discutée,

et, finalement, non adoptée. Devant les symptômes graves que présentait cette malade, vu l'évolution relativement lente des phénomènes, M. Doléris préféra retarder l'opération de quelques heures et remonter un peu la malade (alèzes très chaudes, tête basse, glace sur le ventre, sérum à petites doses, huile camphrée, boissons abondantes, potion au chlorure de calcium). Après quelques heures de ce traitement, la malade se trouvait déjà beaucoup mieux. A ce moment-là, on aurait pu intervenir, mais l'expectation armée, la surveillance active parurent encore préférables.

M. Doléris décida de continuer l'observation pendant plusieurs jours avant d'intervenir; on put ainsi opérer la malade dans de bonnes conditions et les suites opératoires furent des plus simples.

Quelque discussion que puisse soulever sa conduite, M. Doléris se félicite, dans le cas présent, d'avoir attendu.

« Que celui, dit-il, qui n'a jamais vu de femmes surprises par une inondation péritonéale subite et opérées d'urgence, succomber à bref délai, sinon pour ainsi dire sous le couteau, me jette un blâme ! Mais j'estime qu'il faut savoir s'arrêter quelquefois devant une indication, si urgente paraisse-t-elle, et différer l'opération quand on a l'impression qu'un shock nouveau, ajouté à l'action hémorragique peut amener un dénouement fatal.

« Dans le cas présent, je n'étais pas devant un cataclysme immédiat; je me suis inspiré moins de la gravité de l'état de la malade que de certaines contingences qu'il ne faut pas dédaigner : 1° le début de l'hémorragie devait remonter à deux ou trois jours; l'inondation s'était

faite en plusieurs fois, encore que la dernière eût dû être la plus importante; il était donc acquis que la malade avait opposé de la résistance; 2° les sensations du toucher me donnaient l'impression de coagula pelviens et plaidaient en faveur de l'hémorragie et de la tendance à l'hémostase spontanée; 3° le shock était intense, le cœur épuisé, et les centres nerveux anémiés à l'extrême; l'ictus traumatique aurait tué la malade, des soins immédiats pouvaient relever le cœur et ranimer l'activité cérébro-bulbaire. Telle fut la triple pensée qui s'imposa à moi et décida ma conduite.

« Il fallait cette triple considération pour me détourner de ma pratique habituelle. Car j'ai eu la bonne fortune de sauver un assez bon nombre de femmes apportées et opérées peu après le cataclysme hémorragique et je suis d'accord avec la règle en admettant que c'est bien là l'indication d'urgence. Mais j'ai vu aussi mourir dans des conditions identiques des malades correctement et rapidement opérées, qui n'ont pas pu résister au shock traumatique.

« J'admettrai, si l'on veut, que ces malheureuses étaient sans doute des irrésistantes, des névropathes mal protégées contre les phénomènes d'inhibition. Il n'en est pas moins vrai que la surprise, l'émotion des apprêts immédiats de l'intervention, la toilette, le chloroforme et le reste, en avaient déjà aux trois quarts fait des cadavres au premier coup de bistouri, et cela malgré les injections de sérum, de spartéine, d'huile camphrée et l'emploi des procédés habituellement employés dans les hémorragies foudroyantes. On dit bien que l'on a opéré *in extremis*, mais cette formule est-elle toujours la raison vraie de l'insuccès ? »

LAPAROTOMIE IMMÉDIATE OU RETARDÉE

Le principe de Werth qui déclare que : « *toute grossesse ectopique doit être considérée comme une tumeur maligne et extirpée comme telle* », et celui de Pinard, d'après lequel : « *toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale* », sont les deux principes qui régissent la chirurgie de la grossesse tubaire; ces deux principes restent vrais et les raisons qui les ont suscités reposent sur des faits cliniques trop probants pour qu'il soit nécessaire de les justifier à nouveau.

En face d'une grossesse tubaire, il faut donc accepter l'intervention. Mais, ceci posé, des distinctions s'imposent. Il faut bien différencier : *la grossesse tubaire avec trompe libre, cette grossesse étant interrompue ou non et les grossesses tubaires avec hématoécèles plus ou moins abondantes, récidivantes et avec inondation péritonéale.* Au point de vue thérapeutique, qui nous occupe maintenant, nous ne nous arrêterons qu'à ces derniers cas.

Dans les chapitres précédents, nous avons exposé les deux théories ^{de} l'interventionnisme précoce et de l'interventionnisme ^{ou} tardif, en les appuyant des statistiques apportées par ^{de} nombreux partisans. Que conclure ?

Le chiffre de la mortalité, en cas d'abstention opératoire

immédiate, allégué par les interventionnistes précoces et surtout celui qui résume la statistique de Cestan, nous semblent trop élevés pour qu'on puisse en faire une déduction pratique. On a dû faire rentrer dans le pourcentage tous les cas d'hémorragies sans distinction, ne séparant pas les accidents graves des accidents légers. De plus, il est à présumer que les malades, au moment de leur ictus, surtout pour les formes graves, n'ont pas été soumises au traitement par le repos absolu, tel que nous le décrivons plus loin.

Une autre raison, qui combat l'interventionnisme précoce, ce sont les dangers qu'entraîne une laparotomie d'urgence faite souvent dans des conditions défectueuses et dans un milieu d'une asepsie douteuse.

Ces deux motifs nous paraissent suffisants pour nous faire ranger à l'opinion de M. le docteur Albertin. D'après lui, *dans le cas d'une hémorragie grave, l'ictus abdominal étant net et l'état inquiétant*, nous soutenons que *la règle doit être la temporisation et que l'on ne doit pas opérer une malade dans la période cataclysmique*. Cette idée, qui fut celle de M. le professeur Laroyenne et de M. le professeur agrégé Condamin, prit, au Congrès de 1908, une force nouvelle dans l'exposé qui en fut fait par M. le docteur Albertin.

Elle souleva l'indignation de M. le professeur Pozzi et de son école. Si l'on se donne la peine de réfléchir et si l'on considère la statistique apportée par M. Albertin, pour appuyer son opinion, on se rend vite compte de la justesse de son idée, car sa conduite thérapeutique n'a jamais entraîné un seul décès.

Dans une hémorragie interne, la chirurgie moderne

intervient toujours; et, souvent, c'est pour le salut des malades. Sans opération immédiate, en cas de grossesse tubaire rompue, les malades peuvent mourir, disent les interventionnistes. L'opération indiquée, en pareille circonstance, est simple et rapide; il est inutile de recourir à des interventions prolongées et traumatisantes; on peut même laisser le sang à l'intérieur de l'abdomen, ce sang sera repris et la malade se trouvera de la sorte moins anémiée.

Tout différent est le raisonnement des temporisateurs et, à notre point de vue également, l'interprétation des faits est tout autre. Le grand principe qu'il faut tout d'abord reconnaître, c'est que l'allure dramatique de l'inondation péritonéale n'est pas toujours en raison directe de la quantité de sang perdu par la patiente. Il existe *une forme péritonitique* de l'affection; lorsque le sang, *quelque minime* que soit sa quantité, fait brusquement irruption dans la cavité abdominale, on constate, d'ordinaire, une série de réflexes violents qui simulent une réaction péritonéale intense, caractérisée par de la pâleur, des sueurs froides, un pouls petit, du refroidissement des extrémités, des nausées et de la mydriase. Ce tableau symptomatique survient brusquement et, si on fait la laparotomie à ce moment, on trouve dans le Douglas une faible quantité de sang. Si, au contraire, on temporise, l'orage se calme, les grands signes de shock s'atténuent, la pâleur de la malade disparaît. Les cas de ce genre sont peut-être *les bons cas*, nous l'accordons, mais nous ajoutons que ce sont *les cas fréquents*.

Nous nous empressons de dire que *temporisation ne veut pas dire abstention*; il ne faut pas faire outrepasser aux mots les limites de leur signification.

Si la rupture tubaire est de date récente, le shock, joint au transport à l'hôpital, occasionnent une fatigue qui s'oppose à la pratique de la laparotomie d'urgence. On placera alors une vessie de glace en permanence sur l'abdomen et on mettra la malade en observation. L'importance de l'amélioration et sa rapidité permettent de temporiser et d'intervenir plus tard.

Dans le cas d'une rupture ancienne, soumise au traitement médical, si, par suite d'une hémorragie récidivante, il se produit une aggravation des symptômes, la temporisation a été suffisante et l'on doit intervenir. *Les hémorragies à répétition constituent, pour nous, la seule indication où l'on doive intervenir d'urgence.*

Dans une troisième catégorie de faits, peuvent se ranger les malades amenées à l'hôpital dans un état grave et à qui l'expectation ne semble profiter aucunement; bien au contraire, l'anémie aiguë post-hémorragique va s'aggravant; dans ces cas encore, nous admettons que l'on doit intervenir.

Nous pouvons donc conclure qu'en cas d'urgence, l'opération est très grave; les conditions sont mauvaises: la fatigue des malades aggrave les symptômes du shock du début. Quand ces malades sont amenées à l'hôpital, on ne peut immédiatement se prononcer sur leur état, on doit les laisser reposer quelque temps, pour se rendre compte de l'importance de chacun des trois facteurs suivants : *l'hémorragie, le réflexe péritonéal et la fatigue du transport.* Un grand nombre de malades peuvent, pendant deux ou trois jours, être traitées médicalement, l'opération s'effectuant ensuite dans des conditions meilleures.

Lorsqu'une hémorragie ne menace pas fatalement la vie de la malade, il ne faut pas risquer de la tuer en opérant dans de mauvaises conditions qui favorisent l'infection. Ce sont ces cas que schématise ainsi M. le docteur Albertin : Hématocèle. — Laparotomie d'urgence. — Hémostase parfaite. — Mort le quatrième jour par péritonite, et ces observations sont nombreuses.

Enfin, en nous plaçant à un autre point de vue, nous pouvons dire que l'opération d'urgence est moins curative que l'opération à froid. La comparaison avec la cure de l'appendicite à chaud ou à froid est des plus justes, la notion d'infection mise à part : dans les cas de grossesse tubaire, en opérant à chaud, on pose simplement une ligature sur la trompe qui saigne; on laisse dans l'abdomen la masse des caillots et le sang, dont la résorption sera longue; parfois même, si les annexes sont en mauvais état, on ne peut, sans grands risques, les explorer et les enlever. Au contraire, à froid, on peut explorer à son gré le bassin et se choisir une conduite en rapport avec les lésions observées. En résumé, nous avons :

A chaud, une opération rapide, incomplète, dangereuse;

A froid, une opération méthodique, bien réglée, sans risques.

Nous devons citer l'opinion de M. le professeur Fabre, sur cette question : Il faut laisser la malade se relever trois ou quatre heures, dit-il; si, au bout de ce temps, on constate une amélioration, ne pas intervenir et, si c'est nécessaire, n'intervenir que tout à fait secondairement (huit, quinze jours et plus après l'accident).

En ce qui concerne la durée de la temporisation et la

conduite à tenir au cours de cette période, voici l'opinion de M. le docteur Albertin. La malade est mise au *repos absolu*, au lit, la tête basse, avec une vessie de glace sur le ventre; on pourra pratiquer des injections de sérum à doses fractionnées et répétées. On pourra même donner quelques grammes de chlorure de calcium. La malade sera continuellement réchauffée, et cela pendant vingt-quatre heures; de cette façon, les symptômes graves s'effacent et la malade répare sa perte de sang.

Dans les dix jours qui suivent l'ictus abdominal, si, suivant la règle, ce dernier ne se reproduit pas, une opération est nécessaire pour obtenir une guérison rapide. Au bout de trois jours, on peut opérer dans de bonnes conditions, mais on peut attendre pour cela le dixième jour. La temporisation oscille donc, comme durée, *entre trois et dix jours*.

Si l'on se laisse aller à l'excès contraire, on arrive à perdre tous les bénéfices de la temporisation et l'opération est rendue longue et difficile. Les caillots, en effet, s'organisent, il en résulte des strates fibrineuses très solides qui exposent l'intestin aux déchirures et aux fistules secondaires.

Le docteur von Dittel, dans son discours à la Société khédiviale de médecine du Caire, préconise, pendant la période d'attente, l'application de compresses froides, de glace, et, éventuellement, conseille d'administrer de l'opium. Il faut éviter, à son avis, tout ce qui peut réveiller les contractions de l'utérus et de la trompe; il est donc utile de s'abstenir de donner de l'ergotine, pour combattre les hémorragies à l'extérieur. Il faut être aussi circonspect, d'après lui, dans l'emploi des excitants ther-

miques et ne pas employer une trop grande réfrigération.

Dans une petite discussion au sujet de l'inondation péritonéale et des injections de sérum artificiel à la Société de chirurgie, en 1900, M. Reynier soutint, à l'encontre de M. Routier, que le sérum, en augmentant la tension artérielle, n'augmente pas les chances d'hémorragie. Il estima, au contraire, que les injections intra-veineuses de sérum ont une action hémostatique des plus remarquables. M. Delbet reconnaît, avec M. Reynier, cette action hémostatique très réelle, mais il ajoute que si le sérum peut relever la tension artérielle quand elle est abaissée, il ne saurait l'élever au-dessus de la normale. Avec M. Routier, M. Poirier ne croit pas à l'action hémostatique du sérum injecté. En ce qui concerne l'application du sérum, nous estimons, avec beaucoup d'autres, que son utilité est des plus grandes dans le cas qui nous occupe, à la condition de donner ce sérum en injections sous-cutanées, par doses fractionnées, par exemple 100 grammes toutes les heures. Sous l'effet des injections ainsi pratiquées, la tension sanguine se relève progressivement, le pouls est bien frappé.

En résumé, pendant la période de temporisation, voici les indications à remplir : *malade au repos absolu, tout ce qu'il y a d'absolu* (pas de déplacement, pas d'exams, pas de toucher vaginal, etc.); *tête basse, vessie de glace sur l'abdomen; un peu de morphine; sérum à doses fractionnées et répétées; quelques grammes de chlorure de calcium; réchauffement de la malade, mais sans abus.*

C'est alors seulement, lorsque cette malade qu'on avait amenée dans un état de faiblesse extrême, semble avoir repris le dessus et être capable de faire les frais d'une

intervention, c'est alors seulement, disons-nous, que le rôle du chirurgien commence.

Comment doit-on tenir ce rôle ? Voilà la question qui nous reste à élucider. Nous affirmons dès maintenant que la laparotomie est l'opération de choix, la colpotomie demeurant une opération d'exception; mais, comme l'absolutisme ne doit pas exister en matière médicale, nous soutenons aussi que la colpotomie doit être maintenue, car elle a ses indications.

La malade étant endormie à l'éther, qui est l'anesthésique de choix dans le cas qui nous occupe, on pratiquera une incision longitudinale sous-ombilicale, qui, en cas de tumeur, dépassera largement cette dernière. Une fois la paroi ouverte, le grand épiploon se présente; avec l'index, il faut le décoller délicatement et éviter de le réséquer. Sitôt dégagé, on le place entre deux couches de compresses et on le rabat hors de l'abdomen.

Après ce premier temps, il faut mettre la malade en position de Trendelenburg, les fosses iliaques ayant été comblées de compresses. L'intestin, repéré et libéré, sera également isolé des organes pelviens par des compresses.

Toutes ces précautions étant prises, le champ opératoire se présente maintenant bien à découvert.

L'utérus est saisi avec une pince en lyre et, si possible, élevé un peu au dehors. On enlève les caillots qui peuvent le masquer, ainsi que ceux qui remplissent le Douglas. On devra, avec des tampons, frotter les surfaces saignantes et pratiquer, comme le dit M. le docteur Albertin, un véritable *astiquage* du péritoine, qui doit apparaître sain, débarrassé de toutes ces strates fibrineuses.

La tumeur sanguine est limitée à sa périphérie par une vraie membrane fibreuse, qui adhère au péritoine et aux organes sous-jacents. Elle se clive facilement et reproduit parfois le moule exact du Douglas. En enlevant soigneusement cette poche, on retrouve le péritoine offrant une surface relativement lisse et pouvant reprendre son glissement.

Cette toilette terminée, on procède à l'examen des trompes et des ovaires. Avec un grand nombre d'auteurs, nous soutenons qu'il faut être conservateur et ne se résoudre à pratiquer la castration totale que lorsque les circonstances l'exigent absolument.

Si la trompe gravidе présente une fissure qui permette la conservation, il faut vider cette trompe et pratiquer une salpingostomie; c'est là une opération d'exception.

Plus souvent, il faut enlever la trompe gravidе et l'ovaire du même côté.

Si les annexes opposées à la lésion tubaire sont malades, dans ce cas, *mais dans ce cas seulement*, il sera indiqué de faire une castration avec hystérectomie totale ou subtotale, *de préférence subtotale*, l'opération, dans ce cas, étant plus rapide, moins grave, plus facile et moins shockante par son hémorragie plus faible.

La castration n'est donc indiquée que dans le cas où la trompe et l'ovaire du côté opposé à la grossesse sont malades, par exemple, dans le cas d'ovaires scléro-kystiques, ou bien lorsque les trompes sont obstruées ou que des adhérences les retiennent. Le cas s'est présenté fréquemment dans le groupe des laparotomies que nous citons à la fin de ce travail.

Pour certains chirurgiens, qui considèrent que souvent

la récurrence de grossesse tubaire se fait du côté opposé, la castration doit être pratiquée systématiquement. Nous estimons, avec M. le docteur Albertin, que le risque de la récurrence n'est pas une raison suffisante pour autoriser la castration d'emblée, une grossesse normale pouvant se produire plus tard, comme dans un de ses cas.

Quelle que soit l'intervention choisie, une fois celle-ci exécutée, il faut terminer par la péritonisation. Quelquefois il se produit un manque de péritoine: il faut alors rapprocher les lambeaux, comme on le peut, pour ne pas laisser une grande surface cruentée. Quand il y a nécessité absolue, on peut faire un dôme avec le côlon sigmoïde, qui tient par son propre poids, sans suture.

Dans le cas d'hémorragie en nappe, on peut souvent tirer un bon bénéfice du tamponnement à l'eau oxygénée, hémostatique excellent en ce cas.

La péritonisation, même incomplète, donne des résultats favorables, car le péritoine a une grande facilité d'adaptation et, peu de temps après une intervention, on arrive à sentir, par le toucher vaginal, un Douglas sans brides ni adhérences.

Faut-il ou non drainer ? Le drainage doit être une exception. Contrairement à sa pratique ancienne, M. le docteur Albertin ne draine jamais une hématocele non infectée et, en consultant la statistique des observations, on peut se rendre compte qu'il n'y a jamais eu d'infection. Une température élevée ne doit même pas être une indication absolue du drainage, car souvent on a affaire à une simple fièvre de résorption. On ne tamponnera donc qu'en cas d'infection ou dans le cas d'asepsie douteuse, car il est totalement inutile, et même inadmissible,

d'exposer à l'infection par un drainage un péritoine non infecté.

Certains auteurs complètent et terminent l'intervention en versant, avant la fermeture de la paroi, 500 à 600 grammes de sérum stérilisé dans l'abdomen; puis, par trois plans de suture, referment l'abdomen.

Et dans la suite, que deviennent les malades ? Il suffit de se reporter à notre statistique pour se rendre compte que les suites opératoires sont toujours excellentes. On purge les malades dans les jours qui suivent l'intervention.

Anciennement, on prévenait les contractions intestinales en administrant de l'opium aux malades, il est de mise, actuellement, de réduire au minimum la durée de la stupeur intestinale. En facilitant la disparition de celle-ci, au moyen d'une purgation très légère, on s'oppose aux adhérences et on permet au péritoine de récupérer rapidement ses fonctions de glissement.

Nous avons vu, tout à l'heure, que les malades offraient parfois un type de fièvre de résorption; cette fièvre dure très peu de temps; dans d'autres cas, chez une malade apyrétique auparavant, on voit la courbe thermique s'élever pendant vingt-quatre heures; cette poussée fébrile, qui n'est que l'expression d'une réaction péritonéale, à la suite de la mobilisation que l'on fait subir à la séreuse, cette poussée fébrile, disons-nous, a aussi une courte durée.

Pour ce qui est de la guérison, elle survient très rapidement, ne nécessitant guère plus d'une vingtaine de jours après l'opération. A la sortie, si l'on pratique le toucher vaginal, on sent un Douglas un peu induré, l'in-

tervention ayant eu lieu longtemps après la rupture; dans le cas où l'intervention a été précoce, la cavité pelvienne ayant été bien vidée de ses caillots, pour éviter les adhérences consécutives, le péritoine reprend vite sa souplesse normale. Trois ou quatre mois après, l'état est excellent.

La laparotomie ne nous semble donc pas mériter le jugement porté sur elle par M. le professeur agrégé Condamin, en 1895. D'après lui, elle doit être rejetée dans la généralité des cas, comme grave, peu efficace, entraînant un traitement prolongé avec menaces multiples pour le présent et l'avenir, et il admet comme intervention de choix la ponction et le débridement vaginal avec ou sans ablation des annexes malades. La chirurgie a évolué depuis cette époque.

Bien que nous soyons partisans résolus de la laparotomie, nous estimons que la colpotomie garde des droits intangibles. Ses indications sont tirées des contre-indications de la laparotomie. Sur 31 colpotomies, M. le docteur Albertin eut à regretter trois morts; donc, la colpotomie est une méthode d'exception inférieure à la laparotomie, mais, malgré tout, nous le répétons, on ne doit pas la rejeter absolument.

Le praticien, un peu expérimenté, pourra avoir recours à la colpotomie. Avec une paire de ciseaux et une pince tire-col, il pratiquera une large brèche dans le cul-de-sac postérieur. Les collections sont assez enkystées pour être considérées comme extra-péritonéales, si bien que, même dans un milieu non aseptique, il n'y a à redouter aucun danger de péritonite. Cette opération peut être menée rapidement; avec une cuiller ordinaire, on vide les cail-

lots et l'on fait suivre d'un bon tamponnement pour assurer l'hémostase.

En fin de compte, la colpotomie est nettement indiquée lorsque le milieu et l'installation sont insuffisants, les aides absents et l'intervention urgente.

Mais là où la colpotomie trouve une indication qui ne souffre aucune exception, c'est dans le cas d'une *hématocèle infectée*. M. le professeur Laroyenne a défendu cette idée avec vigueur: on doit, dans ce cas, à la colpotomie, le salut de beaucoup de vies.

Comment diagnostiquer une hématocèle infectée ? La température élevée n'est pas une base de diagnostic suffisante, il faut que la courbe fébrile présente de grandes oscillations et qu'elle s'accompagne de frissons et d'un état général très altéré, avec, souvent, quelques signes de péritonite ou plutôt de réaction péritonéale.

C'est l'ensemble de tous ces signes qui doit systématiquement conduire à la colpotomie.

Malgré les indications que nous venons de relever en faveur de la colpotomie, il n'en reste pas moins vrai qu'une telle opération présente des inconvénients.

Ce n'est pas une opération curative, elle ne permet que l'évacuation des caillots ou du pus. Si, dans la suite, l'hémorragie vient à reparaitre, on ne peut que renforcer le tamponnement, en le combinant à l'application d'un bandage de corps constricteur ou à l'application permanente d'une vessie de glace sur l'abdomen. C'est là une thérapeutique assez restreinte et peu satisfaisante.

Un second inconvénient de la colpotomie, c'est qu'elle ne permet qu'une ablation incomplète. En dehors de l'hémorragie qu'elle peut entraîner, cette ablation incom-

plète laisse dans l'abdomen des strates fibrineuses, du péritoine épaissi, des débris de trompe lacérée et des résidus placentaires qui, formant une coque à l'utérus et comblant le petit bassin, font souffrir les malades pendant de longs mois et les exposent à des poussées infectieuses graves.

Ces malades doivent, plus tard, être réopérées par laparotomie, qui permettra l'évacuation des débris encombrant le petit bassin et l'ablation des annexes, si elle s'impose. Ces opérations en deux temps sont graves, mais il est des cas où elles sont préférables à une laparotomie d'emblée.

Nous pouvons donc clore ce débat en soutenant que l'on peut opposer, *aux foyers d'hématocèle infectée la colpotomie comme premier temps* thérapeutique, mais à une condition, c'est qu'elle sera suivie souvent, *en un second temps, de la laparotomie*, la seule opération radicale dans les accidents qu'entraîne avec elle la grossesse tubaire.

**Statistique de 67 Laparotomies observées dans
le service de M. le Docteur Albertin.**

(Les 46 premiers cas ont été observés de mars 1905 à mars 1909 et publiés in *Lyon chirurgical*, numéro du 1^{er} avril 1909. Les 21 derniers ont été observés de mars à novembre 1909 et sont inédits.) 67 interventions par la voie abdominale : 67 guérisons.

LAPAROTOMIES (67 observations, 67 guérisons)

N°	NOMS	AGE	DIAGNOSTIC	INTERVENTION	SUITES OPÉRATOIRES
1	A...	37 ans.	Grossesse tubaire rompue. Hématocèle.	Laparotomie. <i>Deux heures après le début des accidents aigus</i> , ablation des caillots et de la trompe rompue. <i>Drainage</i> , le 31 mars 1905.	Phlébite double, infarctus pulmonaire. Guérison le 3 juillet 1905.
2	D... Rose-Marie.	33 ans.	Grossesse tubaire rompue.	Laparotomie. Hystérectomie subtotale. <i>Drainage par le Douglas</i> , 43 février 1907.	Légère rétention derrière la mèche vaginale qu'on enlève. Guérison le 3 mars 1907.
3	P... Louise	32 ans.	Grossesse tubaire droite.	Laparotomie. Salpingectomie. Le 7 septembre 1906, <i>drainage abdomino-vaginal</i> .	Guérison le 30 septembre 1906.
4	G... Marie	32 ans.	Hématocèle.	Laparotomie. <i>Drainage abdomino-vaginal</i> , 23 mars 1906.	Guérison le 27 avril 1906.
5	D... Marie	33 ans.	Grossesse tubaire.	Hystérectomie subtotale. <i>Drainage par le Douglas</i> , 16 mai 1905.	Guérison le 3 juin 1906.
6	Ch... Marie.	36 ans.	Grossesse tubaire rompue. Hématocèle.	Laparotomie secondaire. Hystérectomie subtotale, castration. <i>Drainage par le Douglas</i> , le 10 juillet 1907.	Guérison le 2 août 1907 (petite fistule recto-vaginale qui guérit rapidement).
7	C...	30 ans.	Grossesse extra-utérine de 3 mois.	Laparotomie. Le 12 juillet 1905, <i>drainage abdomino-vaginal</i> .	Guérison le 23 juillet 1905.
8	B... Benoîte.	39 ans.	Grossesse tubaire.	Laparotomie. Le 27 juin 1905, hystérectomie subtotale, <i>drainage par le Douglas</i> .	Guérison le 17 juillet 1905.

N ^{os}	NOMS	AGE	DIAGNOSTIC	INTERVENTION	SUITES OPÉRATOIRES
9	P...	37 ans.	Hématocèle rétro-utérine.	Laparotomie. Hystérectomie subtotale, 27 septembre 1907.	Guérison le 24 octobre 1907.
10	J... Joséphine.	29 ans.	Hématocèle.	Laparotomie. Castration totale par hystérectomie subtotale 7 juin 1907, <i>drainage abdominal-vaginal</i> .	Guérison le 22 juillet 1907.
11	V... Claudine.	35 ans.	Grossesse tubaire droite rompue. Pyosalpinx gauche.	Laparotomie. Castration totale, hystérectomie subtotale. <i>Drainage par le Douglas</i> , 20 septembre 1907.	Guérison le 2 novembre 1907.
12	J... (entrée le 5 mai 1908)	28 ans.	Grossesse tubaire rompue (datant d'un mois).	Laparotomie. <i>Drainage sous-péritonéal par le Douglas</i> .	Guérison le 30 juin 1908.
13	C... Henriette.	"	Grossesse tubaire gauche.	Laparotomie. Hystérectomie subtotale. <i>Pas de drainage</i> .	Guérison rapide.
14	V... Jeanne.	35 ans.	Trompe droite gravide.	Laparotomie. Ablation des annexes droites (les gauches ont été enlevées pour une grossesse tubaire antérieure). <i>Pas de drainage</i> . 11 juillet 1906.	Guérison le 17 juillet 1906.
15	M... Antoinette.	34 ans.	Kyste ovarique lordu et grossesse tubaire à droite.	Laparotomie. 27 décembre 1907. <i>Pas de drainage</i> .	Guérison sans incident.
16	R...	"	Grossesse tubaire.	Laparotomie. Ablation de la trompe et de l'ovaire gauche, 11 février 1908.	Guérison sans incident.

N ^o	NOMS	ÂGE	DIAGNOSTIC	INTERVENTION	SUITES OPÉRATOIRES
17	M...	24 ans.	Grossesse extra-utérine.	Laparotomie. 5 avril 1905, ablation de la trompe droite gravide, de l'ovaire droit englobé et de la trompe gauche oblitérée. <i>Pas de drainage</i> (entrée le 2 avril 1905).	Guérison le 25 avril 1905.
18	M... Marie.	26 ans.	Grossesse tubaire.	Laparotomie. Hystérectomie subtotale. <i>Pas de drainage</i> . 24 février 1908.	Guérison le 12 mars 1908.
19	E... Victorine.	35 ans.	Grossesse tubaire.	Laparotomie. Hystérectomie subtotale. 2 février 1908. <i>Pas de drainage</i> .	Guérison le 21 février 1908.
20	D... Julie.	28 ans.	Hématocèle.	Laparotomie. Ablation de la trompe droite, 1 ^{er} mars 1907. <i>Pas de drainage</i> (les 27 et 28 février, ictus graves).	Guérison le 21 mars 1907.
21	P... Marie.	34 ans.	Grossesse tubaire.	Laparotomie. Ablation de la trompe et de l'ovaire. <i>Pas de drainage</i> . 17 octobre 1905.	Guérison le 14 novembre 1905.
22	P... Mathilde.	33 ans.	Hématocèle par rupture tubaire.	Laparotomie. Castration. Hystérectomie subtotale. <i>Pas de drainage</i> . 5 juillet 1907.	Guérison le 30 juillet 1907.
23	M...	25 ans.	Hématocèle.	Laparotomie. Castration par hystérectomie subtotale. <i>Pas de drainage</i> . 5 juillet 1907.	Guérison le 12 août 1907.

N ^o	NOMS	ÂGE	DIAGNOSTIC	INTERVENTION	SUITES OPÉRATOIRES
24	L... Marie.	34 ans.	Grossesse tubaire rompue.	Laparotomie. Castration par hystérectomie subtotale. <i>Pas de drainage</i> . 20 novembre 1907.	Guérison le 12 décembre 1907.
25	M... Marie.	23 ans.	Grossesse tubaire adhérente.	Laparotomie. Ablation de la trompe gauche. <i>Pas de drainage</i> . 10 juillet 1906.	Guérison le 9 août 1906.
26	A... Marie.	22 ans.	Hématorrèle rétro-utérine.	Laparotomie. Hystérectomie subtotale. <i>Pas de drainage</i> . 16 janvier 1907.	Guérison le 8 février 1907.
27	S... Clauda.	25 ans.	Grossesse tubaire gauche.	Laparotomie. Castration avec hystérectomie subtotale par hémisection médiane. <i>Pas de drainage</i> . 23 octobre 1907.	Guérison le 16 novembre 1907.
28	G... Marie.	31 ans.	Hématorrèle.	Laparotomie. Ablation de la trompe et de l'ovaire malade. <i>Pas de drainage</i> . 30 décembre 1907.	Guérison le 14 janvier 1908.
29	M...	25 ans.	Grossesse tubaire. Hématorrèle.	Laparotomie. Ablation de l'ovaire et de la trompe gauche. <i>Pas de drainage</i> . 27 novembre 1907.	Guérison le 23 décembre 1907.
30	B...	31 ans.	Grossesse tubaire. Hématorrèle.	Laparotomie. Hystérectomie abdominale subtotale. <i>Pas de drainage</i> le 7 novembre 1906 (le 6 octobre, ictus grave, temporisation).	Guérison le 24 novembre 1906.

N°	NOMS	AGE	DIAGNOSTIC	INTERVENTION	SUITES OPÉRATOIRES
31	M...	34 ans.	Grossesse tubaire gauche rompue.	Laparotomie. Castration par subtotale, 30 mai 1907. <i>Pas de drainage</i> (début des accidents de rupture, 13 mai 1907, entrée le 24 mai 1907).	Guérison le 20 juin 1907.
32	V...	34 ans.	Trompe gauche gravide et fissurée.	Laparotomie. Castration par subtotale, 7 février 1908. Début des accidents aigus, le 5 janvier 1908.	Guérison le 21 février 1908.
33	V...	23 ans.	Hématocèle.	Laparotomie. Ablation des caillots et de la trompe gauche rompue, 600 grammes de sérum dans le ventre. <i>Pas de drainage</i> (accidents le 8 janvier 1908; intervention le 13 janvier 1908).	Guérison rapide.
34	G...	27 ans.	Grossesse tubaire droite rompue.	Laparotomie. Castration par hystérectomie subtotale, 1.500 grammes de sang dans le ventre, 26 février 1908.	Guérison le 26 mars 1908.
35	V...	26 ans.	Grossesse tubaire droite.	Laparotomie. Ablation des annexes droites, 13 mai 1908.	Guérison le 2 juin 1908.
36	J... Jeanne.	25 ans.	Hématocèle rétro-utérine grossesse tubaire gauche	Laparotomie. Hystérectomie subtotale. <i>Pas de drainage</i> , 13 septembre 1907.	Guérison le 6 octobre 1907.

N ^o	NOMS	AGE	DIAGNOSTIC	INTERVENTION	SUITES OPÉRATOIRES
37	B...	24 ans.	Grossesse tubaire droite rompue.	Laparotomie. Ablation des annexes droites. Sang trouvé dans le ventre, 500 grammes. 9 juillet 1908. (Accidents aigus le 2 juillet 1908.)	Guérison le 4 août 1908.
38	M...	36 ans.	Grossesse tubaire gauche fissurée.	Laparotomie, le 24 juillet 1908. Ablation de la trompe gauche. <i>Pas de drainage.</i>	Guérison le 10 août 1908.
39	D...	36 ans.	Grossesse tubaire droite rompue.	Laparotomie, le 12 août 1908. Castration.	Guérison le 30 août 1908.
40	G...	32 ans.	Grossesse tubaire gauche rompue.	Laparotomie, le 19 août 1908. Ablation de la trompe gauche. <i>Pas de drainage.</i> (Accidents aigus, le 3 août 1908.)	Guérison le 6 septembre 1908.
41	C...	34 ans.	Grossesse tubaire gauche rompue.	Laparotomie le 21 octobre 1908. Ablation de la trompe gauche. <i>Pas de drainage.</i> (Accidents aigus le 17 octobre 1908.)	Guérison le 13 novembre 1908.
42	P...	36 ans.	Grossesse tubaire droite fissurée.	Laparotomie, le 28 octobre 1908. Ablation de la trompe droite. Ovaire gauche kystique, donc castration par subtotalé.	Guérison le 18 novembre 1908.
43	M...	28 ans.	Grossesse tubaire droite rompue.	Laparotomie, le 11 janvier 1909. Ablation de la trompe droite. Trompe gauche oblitérée. Castration par hystérectomie supra-vaginale.	Guérison le 30 janvier 1909.

N ^{os}	NOMS	AGE	DIAGNOSTIC	INTERVENTION	SUITES OPÉRATOIRES
44	D...	30 ans.	Grossesse tubaire gauche interrompue.	Laparotomie, le 5 février 1909. Ablation de la trompe gauche.	Guérison sans incidents.
45	G...	"	Grossesse tubaire gauche rompue, grosse hémato- cèle.	Laparotomie, le 12 février 1909. Ablation de la trompe gauche. Annexes droites malades. Castra- tion. (Le 2 février, ictus violent.)	Guérison le 4 mars 1909.
46	D...	37 ans.	Grossesse tubaire gauche rompue.	Laparotomie le 12 février 1909. Ablation des annexes gauches.	Guérison le 5 mars 1909.
47	G... Louise.	30 ans.	Grossesse tubaire fissurée. Hématocèle.	Laparotomie. Hystérectomie subto- tale, le 14 février 1910. Accidents aigus, le 7 février 1910. <i>Pas de drainage.</i>	Guérison le 4 mars 1910.
48	B... Marie.	25 ans.	Grossesse tubaire gauche.	Laparotomie. Ablation des annexes gauches, le 3 février 1910, légers accidents réflexes en décembre 1909, améliorés par le repos. <i>Pas de drainage.</i>	Guérison le 20 février 1910.
49	G... Anna.	34 ans.	Grossesse tubaire rompue, hématocèle rétro-uté- rine.	Laparotomie. Hystérectomie subto- totale, le 20 juillet 1910. <i>Pas de drainage.</i>	Guérison le 7 août 1910.

N ^{os}	NOMS	ÂGE	DIAGNOSTIC	INTERVENTION	SUITES OPÉRATOIRES
50	P... Marie.	36 ans.	Grossesse tubaire droite.	Laparotomie. Hystérectomie subtotale, le 14 octobre 1909. <i>Pas de drainage.</i>	Guérison le 31 octobre 1909.
51	P... Mariette.	29 ans.	Grossesse tubaire droite. Hématocèle.	Laparotomie. Salpingectomie droite. Ablation de l'ovaire gauche kystique. <i>Sans drainage.</i> Le 27 décembre 1909.	Guérison le 15 janvier 1910.
52	V... Marie.	35 ans.	Grossesse tubaire gauche.	Laparotomie. Hystérectomie subtotale, le 22 octobre 1909. <i>Pas de drainage.</i>	Guérison le 7 novembre 1909.
53	M... Péronne.	29 ans.	Grossesse tubaire droite.	Crises à répétitions depuis juin 1909. La dernière le 17 juillet 1909. Laparotomie. Ablation des annexes droites, le 23 juillet 1909. <i>Pas de drainage.</i>	Guérison le 6 août 1909.
54	G... Léonie.	40 ans.	Grossesse tubaire droite.	Laparotomie. Hystérectomie subtotale, le 27 janvier 1910. <i>Pas de drainage.</i>	Guérison le 13 février 1910.
55	G... Françoise.	"	Grossesse tubaire droite.	Laparotomie. Hystérectomie subtotale, le 13 décembre 1909. Accidents aigus le 6 décembre 1909. <i>Pas de drainage.</i>	Guérison le 31 décembre 1909.

N ^{os}	NOMS	ÂGE	DIAGNOSTIC	INTERVENTION	SUITES OPÉRATOIRES
56	B... Marie.	30 ans.	Grossesse tubaire gauche.	Laparotomie. Ablation des annexes gauches, le 30 juillet 1909. Accidents aigus, le 4 juillet 1909. <i>Pas de drainage.</i>	Guérison le 24 août 1909.
57	B... Henriette	28 ans.	Grossesse tubaire gauche.	Laparotomie. Ablation des annexes gauches, le 8 novembre 1909. <i>Pas de drainage.</i>	Guérison le 28 novembre 1909.
58	L... Clémentine	23 ans.	Grossesse tubaire gauche.	Laparotomie. Salpingectomie gauche, le 23 décembre 1909. <i>Pas de drainage.</i>	Guérison le 13 janvier 1910.
59	P... Louise.	29 ans.	Grossesse tubaire gauche.	Laparotomie. Salpingectomie gauche, le 18 février 1910. <i>Pas de drainage.</i>	Guérison le 8 mars 1910.
60	P... Anne.	34 ans.	Grossesse tubaire droite.	Laparotomie. Ablation des annexes droites, le 18 novembre 1909. <i>Pas de drainage.</i>	Guérison le 1 décembre 1909.
61	M... Joséphine.	29 ans.	Grossesse tubaire droite.	Laparotomie. Hystérectomie subtotale, le 15 octobre 1910. Accidents aigus, le 1 ^{er} octobre 1910.	Guérison le 3 novembre 1910.
62	B... Louise.	31 ans.	Grossesse tubaire gauche.	Laparotomie. Salpingectomie gauche, 24 décembre 1909.	Guérison le 20 février 1910 (hématomate supprimé qui laisse petite fistule).
63	S... Marie.	21 ans.	Grossesse tubaire droite.	Laparotomie. Salpingectomie droite, le 10 juin 1910. <i>Pas de drainage.</i>	Guérison le 27 juin 1910.

N ^{os}	NOMS	AGE	DIAGNOSTIC	INTERVENTION	SUITES OPERATOIRES
64	M... Marie	25 ans.	Grossesse tubaire droite.	Laparotomie. Salpingectomie droite, le 3 juin 1910. Accidents aigus, le 7 mai 1910.	Guérison le 26 juin 1910.
65	J... Marie.	32 ans.	Grossesse tubaire droite.	Laparotomie Hystérectomie subtotale, le 28 mai 1910. <i>Pas de drainage.</i>	Guérison le 18 mai 1910.
66	Q...	"	Grossesse tubaire gauche.	Laparotomie, ablation des annexes gauches et de l'ovaire droit kystique, le 5 octobre 1909.	Convalescence parfaite.
67	R...	43 ans.	Hématocèle. Grossesse tubaire gauche.	Laparotomie. Hystérectomie subtotale, le 9 septembre 1909.	Guérison le 10 octobre 1909.

CONCLUSIONS

I. — En face des accidents dus à la rupture de la grossesse tubaire, surtout dans les formes graves, à allure cataclysmique, nous ne croyons pas à la nécessité d'une formule thérapeutique absolue.

II. — Dans certains cas d'hémorragie vraie, surtout d'hémorragie à répétition, l'intervention d'urgence doit être acceptée, mais ces cas sont plutôt rares.

III. — Dans un grand nombre de cas, où le shock résulte autant du réflexe péritonéal que de l'hémorragie, l'expectation avec traitement rigoureusement approprié paraît préférable.

IV. — L'intervention en plein shock cataclysmique nous paraît plus dangereuse que la temporisation avec intervention retardée.

V. — La laparotomie avec castration partielle ou totale nous semble être le procédé de choix.

VI. — Le drainage vaginal ou abdomino-vaginal reste une mesure utile en cas d'infection constatée dans le cours de l'opération.

VII. — Dans les cas où le diagnostic d'hématocèle infectée sera posé, la colpotomie nous paraît mériter la préférence, sauf à recourir, plus tard, à une laparotomie secondaire.

Vu :

Vu :

Le Président de la Thèse.

Le Doyen,

M. VALLAS.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 3 décembre 1910.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AGUINET. — De l'inondation péritonéale dans les grossesses ectopiques. (Th. Paris, 1903.)
- ALBAN-DORAN. — Communication à la Société obstétricale de Londres (mai 1904).
- ALBERTIN. — Traitement des grossesses extra-utérines. (XXI^e Congrès français de chirurgie, Paris, 1908.)
- ALBERTIN et DESGOUTTES. — De la grossesse tubaire. Formes anatomiques et cliniques. Traitement. (*Lyon chirurgical*, 1909.)
- AMANN. — Ueber Extra-uterin-Gravidität. (Gynækologische Gesellschaft in München, séance du 25 oct. 1906, in *Zentr. Bl. f. Gynækol*, 27 avril 1907.)
- ARROYO. — Contribution à l'étude des hémorragies intra-péritonéales consécutives à la rupture de la trompe dans la grossesse tubaire et en particulier de leur traitement. (Th. Paris, 1899.)
- AUSTRUTHER-MILLIGAN (W.). — Diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine. (*Journ. of. Obst. and Gyn. of the British Empire*, 1906.)
- BALDY J.-M. — In discussion sur la communication de H. Robb : Ectopic gestation with special reference to the treatment of tubal pregnancy. (Transactions of the American Gynecological Society, mai 1907; in *Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet 1907.)
- BERKELEY et BONNEY. — A Monograph. *Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, London, 1905.
- BOLDT H.-J. — Ruptured interstitial pregnancy. (Transactions of the New-York Obstetrical Society, séance du 12 avril 1904, in *Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet 1904.)
- BOVIS R. DE. — Peut-on opérer les grossesses extra-utérines durant la phase de shock. (*Semaine médicale*, 4 novembre 1908.)
- BRIN H. — Hémorragies abdominales au cours de la grossesse extra-utérine. (*Arch. méd. d'Angers*, 20 mars 1907.)
- CANNADAY. — *New-York Med. Journ.*, 1907.

- CESTAN. — Traitement de l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale. (*Gaz. des hôpitaux*, 1896.)
- CHAVANNAZ. — Statistique de grossesses extra-utérines. (*Gaz. de gynécologie*, février 1908.)
- CHOYAU. — Contribution à l'étude de l'inondation sanguine péritonéale par rupture de grossesse tubaire. (Th. Paris, 1896.)
- CONDAMIN. — *Lyon médical*, novembre 1894.
- CURRIER A.-F. — In Symposium on immediate versus deferred operation for intraabdominal hemorrhage due to tubal pregnancy. (Transactions of the American Gynecological Society, mai 1908; in *Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet 1908.)
- DELAUSSUS. — Grossesse tubaire de deux mois; rupture; inondation péritonéale; laparatomie; guérison. (*Journ. des sc. méd. de Lille*, décembre 1907.)
- DEVÈZE. — *Montpellier médical*, 1907.
- VON DITTEL. — Remarques sur la grossesse extra-utérine : discours à la Société de médecine khédiviale du Caire, 1908. (*Gaz. de gynécologie*, août 1908.)
- DODERLEIN A. — Diagnose und Behandlungsgrundsätze der ektopischen Schwangerschaft. (Medizinisch-naturwissenschaftlicher Verein zu Tübingen, séance du 24 juin 1907, in *Münch. med. Wochenschr.*, 20 août 1907, p. 1708.)
- DOLÉRIS J.-A. — Grossesse extra-utérine rompue; inondation péritonéale; intervention différée de vingt-quatre heures en raison de l'état de shock excessif de la malade; guérison. (*La Gynécologie*, novembre 1909.)
- DURHSSEN. — Sur l'extirpation vaginale de la grossesse tubaire. (*Deutsch. med. Wochenschrift*, juin 1908.)
- EBERLINE A.-M. — Contribution au diagnostic et au traitement de la grossesse extra-utérine (en russe). (X^e Congrès de Pirogoff, 1907.; *Vratcheb. Gaz.*, 20 et 27 janvier 1908.)
- ENGSTROM O. — Zur Behandlung der Tubenschwangerschaft in früheren Jahren. (Mitteil. aus der Gynækol. Klinik, des Prof. Dr. Otto Engström in *Helsingfors*, 1906, VII, 1.)
- FABRE. — Précis d'obstétrique, 1910.
- FILHOULAUD. — Th. Paris, 1907-1908, inspirée par Terrier.
- FREDERICK C.-C. — Immediate versus deferred operation for intra-abdominal hemorrhage due to tubal pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet 1908, p. 20.)
- GORVITZ-RUBINSTEIN (M^{lle} Véra). — Traitement de l'hématocèle rétro-utérine par incision du cul-de-sac vaginal postérieur. (Th. Lyon, 1899-1900.)

- GOSSMANN, in G. KLEIN. — Operieren oder nichtoperieren bei Hæmatokele. (Gynækologische Gesellschaft in München, séance du 20 mai 1903, in *Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynækol.*, décembre 1903, p. 897.)
- GUTIÉRREZ. — Expériences personnelles sur la chirurgie conservatrice des annexes utérines. (*Revista ibero-americana de Ciencias medicas*, août 1908.)
- HEINECK. — Des grossesses extra-utérines; leurs terminaisons; leurs traitements, d'après une statistique de 40 cas personnels. (*Gaz. de gyn.*, septembre 1907.)
- HERBERT O. — Zur Behandlung der Hæmatocele nach ektopischer Schwangerschaft.
- HUNTER ROBB. — Ectopic gestation with special reference to the treatment of tubal rupture. (Transactions of the American Gynecological Society, mai 1907; in *Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet 1907, p. 6.)
- In Symposium on immediate versus deferred operation for intra-abdominal hemorrhage due to tubal pregnancy. (Transactions of the American Gynecological Society, mai 1908; in *Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet 1908, p. 44.)
- JANVRIN J.-E. — Immediate versus deferred operation for intra-abdominal hemorrhage due to tubal pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet 1908.)
- JEANNE. — Grossesse extra-utérine rompue. (*Normandie médicale*, janvier 1908.)
- KELLY. — Grossesse extra-utérine. (*Glasgow med. J.*, janvier 1905.)
- KÖNIG. — Société médicale de Genève, 1907.
- VON KUBINYI. — Beiträge zur Frage der Operation früher Extra-uterin-Schwangerschaften. (Gynækologische Sektion des ungarischen Aerztevereins zu Budapest, séance du 25 novembre 1906; in *Zentr. Bl. f. Gynækol.*, 9 nov. 1907, p. 1419.)
- KUMMEL H., in FISCHER. — Ueber Extra-uterin gravidität und ihre operative Behandlung. (*Beiträge z. Klin. Chir.*, 1907, LV, 1.)
- LADINSKI L.-J. — Extra-uterine pregnancy; a clinical and operative study of over 100 cases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janvier 1908 et *Semaine médicale*, 1908, p. 248.)
- LE BEC. — Traitement de l'hématocèle péri-utérine. (*Revue pratique d'obstétrique et de gynécologie*, octobre 1909.)
- LEJARS. — Traité de chirurgie d'urgence, 1909.
- LOP. — Conduite à tenir dans la rupture de la trompe gravide. (*La Gynécologie*, octobre 1906.)

- MACÉ, PICQUÉ, BOUQUEL. — Considérations anatomiques et cliniques sur 15 laparatomies pratiquées avec succès à la Maternité, pour grossesse extra-utérine. (Soc. d'obst. de Paris, juin 1906.)
- MAC LEAN. — Notes sur quelques cas de grossesse ectopique. (*Brit. med. Journ.*, novembre 1904.)
- MAIRE. — Beaucoup de femmes meurent de ruptures de grossesses ectopiques non diagnostiquées. (*Centr. med.*, 1^{er} janvier 1908.)
- MASINI. — Grossesse extra-utérine; hématocèle pelvienne suppurée. (*Marseille méd.*, 1907.)
- MULLER. — Accidents cataclysmiques de rupture de grossesse tubaire; abstention opératoire immédiate; intervention retardée; guérison. (*Lyon chirurg.*, décembre 1909.)
- MURET. — *Revue de gynécologie*, 1898.
- NIKOLAÏEV A.-N. — Contribution à la clinique et à la chirurgie de la grossesse extra-utérine, d'après les matériaux de la clinique impériale obstétrico-gynécologique de Saint-Petersbourg (en russe). (Congrès des gynécologistes et accoucheurs russes, décembre 1907, in *Vratcheb. Gaz.*, 27 janvier 1908, p. 124.)
- OUI J. — Du traitement des hématocèles rétro-utérines par la voie vaginale. (Th. Lyon, novembre 1894.)
- PHILANDER A.-HARRIS. — Ectopic pregnancy illustrating almost fatal hemorrhage through the ostium abdominal without perforation. (New-York Academy of Medicine, section d'obstétrique et de gynécologie, séance du 26 novembre 1907; in *Amer. Journ. of Obstetrics*, février 1908, p. 248.)
- PICHEVIN. — Diagnostic et traitement de la rupture tubaire. (Soc. med. chir., 1907.)
- PICHEVIN, RISS, BÉGOVIN, BOURSIER. — A propos de la grossesse tubaire. (V^e Congrès de gyn., d'obst. et de péd., tenu à Alger, du 1^{er} au 16 avril 1907.)
- POZZI. — Traité de gynécologie, 1907.
- POZZI, DELAUNAY, DURET, VIDAL et CHAVANNAZ. — XXI^e Congrès de chirurgie de Paris, 1908.
- PONCET A. — Th. d'agrégation, 1878.
- RANDLE W. — Grossesse ectopique. (*Amer. medicine*, janvier 1906.)
- REYNÈS. — Chirurgie des grossesses extra-utérines; voie haute et voie basse. (XXI^e Congrès de chirurgie de Paris, 1908.)
- REYNIER. — Traitement chirurgical de l'hématocèle rétro-utérine. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, mars 1900.)

- RIDDLE GOFFE. — Grossesse tubaire. (Amer. Gyn. Soc., mai 1905.)
- ROSSIER. — Société vaudoise de médecine (Suisse), mars 1906.
- SABADINI, CALDERINI. — Grossesse extra-utérine. (V^e Congrès de gyn., d'obst. et de péd., tenu à Alger du 1^{er} au 16 avril 1907.)
- SAVARIAUD, MAUCLAIRE. — Grossesse extra-utérine. (Soc. anatomique de Paris, février 1906.)
- SEGOND. — II^e Congrès de gyn., d'obst. et de péd., tenu à Marseille du 8 au 15 octobre 1898.
- SEIDEL H. — Laparatomie bei 90 Fällen von freiem Bluterguss in die Bauchhöhle infolge unterbrochener Tubenschwangerschaft, mit besonderer Berücksichtigung der Prognose. (Th. Berlin, 1903.)
- SIMPSON F.-F. — Deferred operation for ruptured ectopic gestation. (Surgery, Gynecology and Obstetrics, nov. 1907.)
- In Symposium on immediate versus deferred operation for intra-abdominal hemorrhage due to tubal pregnancy. Transactions of the American Gynecological Society, mai 1908; in *Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet 1908, p. 12.)
- SMITH A.-L. — 41 cases of tubal pregnancy with 2 deaths. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet 1908, p. 28.)
- STRASSMANN, FALK, GOTTSCHALK, BROSE. — Opération par voie vaginale dans le traitement de la grossesse tubaire. (Séance de la Soc. de médecine berlinoise, mars 1902.)
- TARTANSON F. — Les hémorragies et l'hématocèle pelvienne intra-péritonéales sans grossesse ectopique. (Th. de Lyon, 1909.)
- THIRIAR. — Hématocèle rétro-utérine. (*Gaz. de gynécologie*, février 1909.)
- TREUB H. — Traitement de la grossesse extra-utérine après rupture ou avortement tubaire. (*Obstétrique*, octobre 1908.)
- TUFFIER, DELBET et ROUTIER. — Traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine. (Mai 1900.)
- VEIT J. — Anatomie und Therapie der Extrauterin-Schwangerschaft. (Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, 10. Versammlung zu Würzburg, 1903 et *Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet 1903, p. 103.)
- WERTH R. — Art. « Die Extra-uterin-Schwangerschaft ». (In *Handbuch der Geburtshilfe* de F. von Winckel, t. II, p. 655, Wiesbaden, 1904.)
- Cité par E. HAIM et O. LEDERER : Erfahrungen über rupturierte Extra-uterin-Schwangerschaft mit freiem Bluterguss in die Bauchhöhle. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janvier et février 1907.)

- WINDISCH. — Fünf Fälle von Extra-uterin-Gravidität. (Gynækologische Sektion des ungarischen Aerztévereins zu Budapest, séance du 6 novembre 1906, in *Zentr. Bl. f. Gynækol.*, 9 novembre 1907, p. 1414.)
- ZUNTZ L. — Erfahrungen über Tubargravidität (Bericht über 100 Fälle. (*Arch. f. Gynækol.*, 1904, LXXIII, 1.)
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos.....	3
Introduction.....	5
Historique.....	8
Formes anatomiques et cliniques de la grossesse tubaire...	12
L'interventionnisme précoce.....	20
L'interventionnisme retardé.....	27
Laparotomie immédiate ou retardée.....	37
Statistique de laparotomies....	51
Conclusions ...	63
Bibliographie....	65
